

开窗型腔内移植：一项法国多中心试验

S. Amiot ^a, S. Haulon ^a, J.-P. Becquemin ^b, P.-E. Magnan ^c, P. Lermusiaux ^d, Y. Goueffic ^e, E. Jean-Baptiste ^f,
F. Cochenec ^b, J.-P. Favre ^g, Association Universitaire de Recherche en Chirurgie Vasculaire (AURC)

^a Vascular Surgery, Hôpital Cardiologique, CHRU de Lille 17 59037 Lille Cedex, France

^b Vascular Surgery, CHU de Créteil, France

^c Vascular Surgery, CHU de Marseille, France

^d Vascular Surgery, CHU de Tours, France

^e Vascular Surgery, CHU de Nantes, France

^f Vascular Surgery, CHU de Nice, France

^g Vascular Surgery, CHU de St Etienne, France

目的: 该研究目的是评价在16个法国学院中心以开窗型腔内移植进行动脉瘤修复后的中期效果。

材料和方法: 试验的研究者根据前瞻性收集的数据进行的一项回顾分析。该研究包括2004年5月至2009年1月在法国进行开窗型腔内移植治疗的所有患者。患者均被鉴定为开放性手术的高危人群。采用三维平台的电子计算机x线断层成像(CT)设计开窗型腔内移植物。所有患者分别于出院时、6、12、24个月及此后每年用CT、多普勒超声、X射线平片进行评估。

结果: 在研究期间共134例患者(129位女性)采用该治疗方法。年龄中位数是73岁(范围是48-91岁), 瘤大小的中位数是56mm(范围是45-91mm)。共403个内脏血管通过织物开窗, 其中包括265个肾动脉。有一例需要尽早转换为开放手术。移植后行血管造影和出院时CT扫描结果提示398/403 (99%) 和 389/394 (99%) 是开放的。30天死亡率为2% (3/134)。出院前影像学鉴定16个(12%) 内漏: 3个I型, 12个II型, 1个III型。手术后, 需要短期透析的患者有4个(3%), 需要长期透析的有2个(1%)。随访的中间时段为15个月(2-53个月)。在随访期间没有动脉瘤破裂或者需要转为开放手术。随访期间131例患者中12位(9%)患者死亡(在保险精算师认为的生存时间12和24个月时: 分别为93%和86%)。从手术到死亡的平均时间为15个月。这些死亡原因均与动脉瘤无关。动脉瘤囊的尺寸减小超过5mm的患者数量在第1,2,3年分别为52%, 65.6%和75%。在第一年有3例患者(4%)囊扩大, 与持续内漏有关。在随访期间, 出现4例肾动脉狭窄。随访期间12位患者进行了手术相关的再次干预, 6例纠正内漏, 5例纠正受威胁的内脏血管。

结论: 用移植材料进行血管内置管, 合并入内脏血管对防止中期破裂是安全有效的。在这个高危队列随访中可见预期的高死亡率。精心地随访来评价囊特征和内脏口对确保最佳结果是很关键的。

血管内修复(EVAR)术后的二次干预和移植物监测的持久价值

I.M. Nordon, A. Karthikesalingam, R.J. Hinchliffe, P.J. Holt, I.M. Loftus, M.M. Thompson

*St George's Vascular Institute, St James' Wing, St George's Hospital, Blackshaw Road,
London SW17 0QT, UK*

目的: 终生的影像监测已推荐给所有施行腔内动脉瘤修复(EVR)的患者。检测的模式、时间和总体必要性成为一个重要的问题。本综述报告了目前的二次干预率和影像检查的获得率, 以及支持修正的EVR监测程序的证据。

设计: 文献(2002-2009)的系统回顾, 以Kaplane-Meier的meta分析再次干预的生存评价。
结果: 分析了32篇文献, 包括17,987个病例。来自登记的美国人群的每年二次干预率粗算是3.7%/年(介于 1.7-4.3%)。来自14篇报道(10,365个病例)的复合的再次干预生存评价提示没有二次干预的在第2,3,5年分别为89.9%, 86.9% 和81.5%, 呈线性趋势。3篇报道(1249例)区别了直接监测程序或者是表面监测。单一只进行影像监测的二次干预占病例数的1.4-9%, 大于90% 的EVR 病例没有从扫描监测中受益。

结论: 尽管支架移植物的二次干预减少, 但是施行EVR后监测的一些模式可能仍然需要。对支架移植物和并发症的高危人群患者应进行定向监测。需要开展进一步的工作来鉴别这一组人群。

预先应用他汀对腹主动脉瘤壁生物学的不同作用

R. Hurks^{a,b}, I.E. Hoefer^b, A. Vink^c, G. Pasterkamp^b, A. Schoneveld^b, M. Kerver^b, J.-P. de Vries^d,
M.J. Tangelder^a, F.L. Moll^a

^a *Department of Vascular Surgery, University Medical Center Utrecht, Utrecht, The Netherlands*

^b *Laboratory of Experimental Cardiology, Department of Cardiology, University Medical Center Utrecht, Utrecht, The Netherlands*

^c *Department of Pathology, University Medical Center Utrecht, Utrecht, The Netherlands*

^d *Department of Vascular Surgery, St Antonius Hospital, Nieuwegein, The Netherlands*

背景: 药物稳定腹主动脉瘤 (AAA) 壁可以推迟手术和改善预后。观察性研究提示他汀类药物可以减轻 AAA 生长，但是缺乏基础数据。本研究目的是确定不同他汀药物对 AAA 壁成分的多效性。

方法: 我们研究了 216 位进行开放手术修复 AAA 的患者，其中 60 位患者应用辛伐他汀，52 位患者应用阿托伐他汀，23 位患者使用普伐他汀。比较了他汀组和非他汀组、以及不同他汀组的 AAA 壁组织学和蛋白表达 (IL-1 β , 2, 4, 5, 6, 8, 10, 12, IFN γ , 肿瘤坏死因子 (TNF) α , β , 基质金属蛋白酶 (MMP) 2 和 9 的活性, 总 MMP8, 9 和组织蛋白酶 A 和 B 的水平)。

结果: 在组织学炎症方面，他汀组的 AAA 壁与非他汀组没有明显区别。多变量调整危险因素后，普伐他汀组的 MMP8 增加 ($p = 0.022$)，活性 MMP9 增加 ($p = 0.040$)，组织蛋白酶 B 水平增高 ($p = 0.056$)。多元分析表明辛伐他汀组和阿托伐他汀组在蛋白酶或细胞因子方面没有差异。

结论: 他汀的应用与蛋白酶水平或炎症减低无关。普伐他汀组蛋白酶水平增加提示在不同他汀的多效性区别，需要进一步研究 AAA 治疗的药物靶点。

对腹股沟上、下病变进行TASC II级分类的观察者之间的协议

A. Zimmermann^a, H. Wendorff^a, T. Schuster^b, F. Auer^c, H. Berger^c, H.-H. Eckstein^a

^a *Clinic of Vascular Surgery, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, Ismaninger Str. 22,*

81675 München, Germany

^b *Institute of Medical Statistics and Epidemiology, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München,*

München, Germany

^c *Department of Interventional Radiology, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München,*

München, Germany

目的: 跨大西洋外周动脉疾病诊断治疗的多学会专家共识(TASC)依据主髂或股腘血管病理学的分类给出了治疗指南。因此,只要有正确的TASC分类法就可以提供最佳的治疗。本研究目的是采用磁共振血管造影术(MRA)评价外周动脉阻塞性疾病

(PAOD)的TASC II级分类的观察者之间的协议。

患者和方法: 149位患者的300个动脉段,依据TASC II级分类用MRA对PAOD进行评估。放射科和血管外科的一名住院医师和会诊医生独立进行分级。以边缘概率定量来比较评估意见的一致性,以普遍的估计方程模型计算,根据Altman用加权的kappa系数(κ)分级。

结果: 与意见一致性有关,放射科和血管外科的会诊医生所有的协议是好到优秀。会诊医生一致率显著高于住院医师(优势比(OR): 2.86, 95%可信区间(CI): 2.21-3.69, $p < 0.001$)。外科医生的一致率显著高于放射科医生(OR: 1.43, 95% CI: 1.11-1.84, $p = 0.006$),股腘区域一致率显著高于主髂区域(OR: 1.64, 95% CI: 1.12-2.14, $p = 0.012$)。

结论: 依据TASC II指南尽管可以得到血管病变评估的好的结果,这一分级的简单化处理可能会增加每天临床常规流程的实用性。

远距离的股浅动脉内膜切除术后再狭窄的预期危险因素

W.J.M. Derksen^{a,b}, S.S. Gisbertz^c, W.E. Hellings^{a,b}, A. Vink^d, D.P.V. de Kleijn^e, J.-P.P.M. de Vries^c,
F.L. Moll^b, G. Pasterkamp^a

^a *Experimental Cardiology Laboratory, University Medical Center Utrecht, Utrecht, The Netherlands*

^b *Department of Vascular Surgery, University Medical Center Utrecht, Utrecht, The Netherlands*

^c *Department of Vascular Surgery, St Antonius Hospital Nieuwegein, Utrecht, The Netherlands*

^d *Department of Pathology, University Medical Center Utrecht, Utrecht, The Netherlands*

^e *Interuniversity Cardiology Institute of The Netherlands, Utrecht, The Netherlands*

目的: 施行远距离的股浅动脉内膜切除术(RSFAE)后再狭窄仍然是一个挑战性的难题。缺乏预计失败的决定因素。本研究调查了RSFAE 后一年再狭窄的预测评估特点。

设计: 一项前瞻性队列研究。

材料和方法: RSFAE 后共90位患者参与研究术后12个月内再狭窄的发生(最大收缩速率 ≥ 2.5)。记录基线和临床参数。在斑块边界的基础上测量病变血管大小, 手术期间数字减影血管造影术测量Q2管腔直径。

结果: 外科手术后12个月内诊断再狭窄的有57 位患者 (63%)。在主诉有缺血性步行和RSFAE 之间较长间隔的患者再狭窄率显著增加(危害比 (HR) = 1.3 (1.05-1.52)/4年)。小的斑块边界和血管造影术中的股浅动脉直径(SFA) 与再狭窄相关(分别为HR = 0.54 (0.34- 0.88) /10 mm, HR = 0.46 (0.27-0.78)/1.5 mm)。在多元分析, 年龄, 缺血性步行的持续时间和管腔直径与RSFAE 后再狭窄独立相关。

结论: 本研究提供了一项证据, RSFAE前的年龄, 血管大小, 缺血性步行的持续时间是RSFAE 后再狭窄的预测指标。

贵要静脉置换：最佳的方法是什么

S.K. Kakkos, G.K. Haddad, M.R. Weaver, R.K. Haddad, M.M. Scully

Division of Vascular Surgery, Department of Surgery, Henry Ford Hospital, K-8, 2799 W. Grand Boulevard, Detroit, MI 48202, USA

目的: 比较一级贵要静脉置换 (BVT) 瘘管和修改的, 二级操作方法的结果。

设计: 在学院中心完成的一项病例对照回顾性研究。

材料: 共173为候选者的BVT瘘管 (87为男性, 平均年龄61岁)

材料: 在一级BVT, 贵要静脉通过单个切口流通, 内部在前面一边放置一个隧道, 以肱动脉吻合。在二级操作程序, 首先进行瘘管动脉吻合, 随后进行第二阶段, 几周后瘘管成熟以后, 贵要静脉通过两个切口流通, 近吻合口横断面, 内部在前面一边放置一个隧道, 再次吻合。发病率和瘘管的成熟率是主要的结果。

结果: 在一级BVT($n=76$), 静脉高血压的发生率, 伤口血肿和所有并发症(分别为17%, 13%, 43%)显著高于二级操作方法($n=98$) (分别为4%, $p=0.004$, 3%, $p=0.012$, 11%, $p<0.001$)。在一级BVT瘘管使用的时间(68 天)较二级操作方法显著降低(132 天, $p<0.001$), 但成熟率基本一致 (15% vs. 18%, $p=0.49$)。

结论: 我们的结果提示通过两个切口的二级BVT瘘管优于已制定的一级操作方法, 死亡率较低, 但是二级手术的花费高, 使用时间较长。需要进一步研究比较两种方法。在这个问题解决之前, 建议进行个体化治疗。

随机化临床试验比较静脉内激光消融剥离大隐静脉: 2年后的临床结果和再发
L.H. Rasmussen, L. Bjoern, M. Lawaetz, B. Lawaetz, A. Blemings, B. Eklöf

*The Danish Vein Centres - Åreknudeklinikken Naestved and Copenhagen and Surgical
Centre Roskilde, Denmark*

目的: 本研究目的是通过比较再发率、临床静脉严重评分(VCSS)和生存质量评价静脉内激光消融(EVLA)或外科手术治疗静脉曲张2年后的结果。

方法: 共121位患者 (137 个下肢) 随机分为大隐静脉(GSV)的EVLA 或隐股静脉结扎剥离术。随访包括临床检查和多普勒超声检查, VCSS和生存质量调查。

结果: 进行EVLA的有18位患者(26%)出现再发静脉曲张, 进行外科手术的有25位患者(37%)出现静脉曲张(两组间没有统计学差异 (NS)). 两组间返流的来源也没有统计学差异。在3例EVLA, 3例外科手术患者出现技术上的失败, 在大隐静脉前出现返流, 在腹股沟、大腿、腓肠肌出现返流的EVLA组患者分别为为6个, 2个, 4个, 3个, 而在手术组分别为3个,3个,9个,6个。在两组VCSS, Aberdeen 静脉曲张严重评分、医学结果研究简表36(SF36)生存质量评分的几个区域均显著改善。

结论: 临床和超声检查EVLA和外科手术组静脉曲张再发没有显著差异。我们的研究也提示在临床严重性评分和生存质量方面两组均有相似的改善。

原发性淋巴水肿和淋巴管畸形：它们是一枚硬币的两面吗？

B.B. Lee ^{a,b}, J.L. Villavicencio^c

^a *Division of Vascular Surgery, Georgetown University School of Medicine, Washington, DC 20007, USA*

^b *Georgetown University Hospital, 4th floor PHC, 3800 Reservoir Road NW, Washington, DC 20007, USA*

^c *Uniformed Services University School of Medicine, Bethesda, MD, USA*

目的: 澄清关于原发性淋巴水肿和(truncular)淋巴管畸形 (LM) 的模糊认识；后者是先天的血管畸形。

材料和方法: 对原发性淋巴水肿作为独立的LM病变或作为克-特二氏综合征特征之一存在的文献回顾。

结果: 综述能对原发性淋巴水肿作为一个LM的定义和分类，临床评价和临床保守（药物）治疗，外科重建治疗和外科消融/切除治疗提供一个现代的指南/结论。

结论: 原发性淋巴水肿被认为是先天的，因为大多数在淋巴血管发生后期出现LM的 **truncular** 类型的临床表现。这样的LM胚胎学阶段对原发性淋巴水肿与其他的先天性血管畸形（克-特二氏综合征特征）并存的适当处理是很关键的

2. 基本的非侵入性到最低程度的侵入性实验将提供一个适当的诊断，导致多学科、特异性靶器官和顺序治疗策略的更正。

3. 目前治疗原发性淋巴水肿/ **truncular LM** 的主要依据是减轻充血治疗；重建和外科手术消融仍然是辅助治疗。